

CERTIFICADO DEL EMPLEADOR PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA DEL SISTEMA DE EMPLEADOS DE HOGAR

El presente documento debe acompañar a la solicitud de pago directo realizada por el trabajador

D/Dª _____ con DNI-NIE-Pasaporte _____ en calidad de empleador, CERTIFICA:	
Que son ciertos los datos relativos a las circunstancias personales, profesionales y de cotización, que se consignan a efectos de solicitar la prestación de:	
Incapacidad Temporal por Contingencia Profesional.	Riesgo durante el Embarazo o Lactancia Natural
Incapacidad Temporal por Contingencia Común.	Cuidado de menores con cáncer o enfermedad grave

1.DATOS DEL EMPLEADOR

Apellidos y nombre		Código Cuenta Cotización	
Domicilio			Código Postal
Localidad	Provincia	Teléfono	

2.DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos y nombre		Número de Afiliación Seguridad Social	
DNI-NIE-Pasaporte	Teléfono	Tipo de contrato. Tiempo: Completo Parcial	
Tramo de Cotización	Fecha de Inicio de la Actividad	Fecha Situación de IT o Riesgo	

3.BASE DE COTIZACIÓN DE LOS MESES ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE LA PRESTACIÓN

Año	Mes	Días Cotizados	Base de Cotización por C.C. y C.P.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

En _____ a _____ de _____ de 20__

Firma del Empleador